

봉약침을 이용한 만성 좌둔 점액낭 치료에 대한 증례 보고

조현철 · 정재훈 · 홍서영 · 김웅기 · 임형호

경원대학교 부속 서울 한방병원

The case report about chronic ischial bursitis treated with Bee Venom Acupuncture Therapy

Hyun-Chol Cho, O.M.D., Jae-Hoon Jung, O.M.D., Seo-Young Hong, O.M.D.,
Yeung-Kee Kim, O.M.D., Hyung-Ho Lim, O.M.D.

Oriental medical hospital of Kyungwon University, seoul, korea.

Objectives : This report was performed to evaluate the treatment of acupuncture Therapy, Bee venom acupuncture Therapy, Herbal medication and Moxibustion in Chronic Ischial bursitis.

Methods : We treated 1 case of chronic Ischial Bursitis with acupuncture therapy, Bee Venom Acupuncture therapy, herbal medication and Moxibustion

Results : After 8 weeks of acupuncture Therapy, Bee venom acupuncture Therapy, Herbal medication and Moxibustion, a remarkable improvement was made for Chronic Ischial bursitis. The patient couldn't feel painful swelling over the center of the buttock and down the back of the leg.

Conclusion : Acupuncture Therapy, Bee venom acupuncture Therapy, Herbal medication and Moxibustion were effective in reducing the symptoms. We think that it need the further study and clinical trial for Chronic Ischial bursitis.

Key words : Chronic Ischial bursitis, Bee venom acupuncture Therapy

I. 서론

고관절은 인체의 관절 중 견관절에 이어 두 번째로 운동범위가 큰 관절로 체중부하와 체중전달의 기능을 행하기 위해서 관절의 운동범위보다는 관절의 안정성이 더 중요한 볼 - 소켓 형의 활막 관절이다. 따라서 이러한 기능을 수행하기 위해 고관절 주위

는 복잡한 여러 주위 조직들이 존재하며 특히 주위 연부조직 등의 문제가 잘 발생되는 곳이다¹⁾.

이중 고관절주위 점액낭은 18여개가 존재하는 것으로 알려져 있으며 좌둔 점액낭은 좌둔 조면과 대둔 사이에 위치하고 있어 마루나 부엌 등 딱딱한 환경에서 오랫동안 일을 하는 주부 또는 장기간 좌위를 취하는 운전사나 직공 등에서 반복적인 자극이나 외상에 노출되기 쉽다. 점액낭은 주머니 안

■ 교신저자 : 조현철, 서울특별시 송파구 송파동 20-8 경원대학교 부속 한방병원 재활의학과 교실
Tel : (02)425-3456(교516). Fax : (02)425-3560. E-mail : aegis102@empal.com

에 소량의 점액을 함유하고 활액막과 유사한 막으로 이루어진 특성 때문에 활액 관절에 생길 수 있는 염증성 질환 즉 류마티드 관절염, 통풍, 감염 등이 모두 발생할 수 있는데 이중 외상성 염증이 가장 흔하며 발병 시에는 둔부의 국소동통, 종창, 하지로의 방사통과 같은 임상증상을 나타낸다^{1,2)}.

치료로서는 보존적인 요법과 국소 스테로이드 주사, 외과적 수술이 있다. 만성 좌둔 점액낭은 그 병리적인 특성상 장기간 호전과 악화를 반복할 수 있기 때문에³⁾ 환자는 요부 질환으로 오인될 수 있는 여러 증상을 함께 호소하며 한방의료기관에 내원할 수 있으며, 특히 절제적 수술치료에 대한 거부감을 나타내는 경우도 있다. 본 질환은 대부분 양방 진료기관에서 진단과 치료가 행해지고 있으며 수술적 치료에 대한 윤²⁾ 등의 증례보고도 있다.

한의학적으로 본 질환은 癰疽와 매우 유사한 임상양상을 나타내며, 병변부위에 따른 관점에서는 특히 臀癰에 속한다고 볼 수 있다. 治法으로는 臟腑機能이나 氣血 및 熱毒이 凝滯된 것을 疏通시키는 것으로 清熱, 解毒, 活氣, 活血에 중점을 두는 內消法과 氣血이 모두 虛했을 때 元氣를 도와 潰瘍, 化膿, 收斂을 도모하는 內託法을 응용할 수 있다⁴⁾.

이에 저자는 화농성 좌둔 점액낭을 절개 배농시킨 과거력을 가지고 있으며, 요둔부 통증과 종창, 좌측 하지방산통을 호소하여 본원에서 만성 좌둔 점액낭으로 진단받은 환자에게 봉약침요법, 침구치료, 약물요법 등을 시술하여 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환 자

김OO (F/52)

2. 주소

- ① 腰臀痛
- ② 左下肢放散痛

3. 발병일

2003년 10월 3일

4. 가족력

오빠 - 위암

5. 과거력

- ① 2001년 12월 左臀痛으로 대학부속병원에서 좌둔점액낭 진단받아 절개후 배농술을 시행함
- ② 2001년 천식 진단받아 간헐적인 약물 복용 후 임의로 중단

6. 현병력

현 52세 다소 비만체격, 예민한 성격의 여환으로 2001년 12월 상기 과거력 있었으며, 2003년 10월 3일 요둔통과 좌측 하지방산통이 發하여 본원 외래 경유하여 2003년 10월 4일부터 2003년 11월 29일까지 56일간 입원치료 후 증상 호전되어 퇴원, 외래 치료중인 환자이다.

7. 검사 소견

1) 초진시 이학적 검사

Range of Motion(ROM) : flexion 30°, extension 0°, lat. bending 0°/0°, rotation 0°/0°

SLR test : 70°/70° (-/+)
 Bragard test : (-/+)
 Patrick test :(+/+)
 valsalva test : +
 Walking on toe & on heel : (++) & (++)
 Dorsi & Plantar flexion : (++) & (++)
 Deep Tendon Reflex(DTR) : K/J(+++), A/J
 (++)
 Babinski's sign :(-/-)
 Sensory test : 左下肢 下腿部 外側으로 足指
 까지 放散痛, 저림

2) 임상병리 검사소견

10월 6일 실시한 임상병리 검사상 혈액학 검사는 RBC 5.74×10^6 , Hct 51.6%, MCT $25.6 \mu\text{g}$, MCHC 28.5%의에는 특이소견 없었으며, 뇨검사 및 면역혈청검사 상 정상소견이었다. 생화학 검사상 Total cholesterol 276 mg/dl로 정상치보다 높았으며, 11월 29일 재검사상 Total cholesterol 292mg/dl이었고 이외의 검사 항목은 정상 소견을 보였다. 특히 WBC는 10월 5일 6.3×10^3 , 10월 15일 6.2×10^3 , 11월 14일 6.4×10^3 , 11월 29일 5.6×10^3 으로 입원 전기간 정상소견을 보였다.

10월 20일 좌둔 점액낭 부위를 흡인 후 채취한 삼출물을 48시간 배양한 결과 No growth of microorganism의 소견을 보였다.

3) 放射線 所見

① MRI of Lumbar spine

2003년 10월 6일 촬영한 요추부 MRI 영상(Philips Gyroscan T10-NT)에서 Disc degeneration & diffuse bulging, L4-5 & L5-S1의 소견을 보였다(Fig.1).

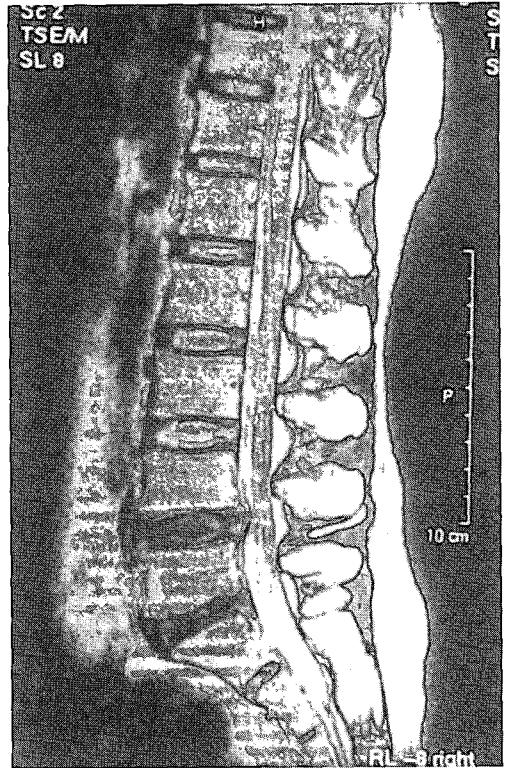


Fig. 1. MRI of Lumbar spine. Sagittal view. T1 performed at 2003-10-06

② MRI of Pelvis

2003년 10월 25일 촬영한 Pelvic MRI 영상(Philips Gyroscan T10-NT)에서 좌측 좌골결절의 후면으로 둔근의 심부에 약 $7 \times 2 \times 4.5 \text{cm}$ 크기로 일부는 항문주위로 확장되어 있는 무정형의 낭성병변과 함께 피하조직에 배농로로 추정되는 흔적과 주 병변의 후측면에 또다른 낭성 병변이 관찰되었다. 좌둔점액낭으로 판단되어지며 2003년 11월 29일 동일한 자세를 취한 상태에서 동일한 각도로 촬영한 Pelvic MRI 영상에서는 낭성병변은 $8 \times 2 \times 4.5 \text{cm}$ 로 크기 자체의 변화는 없었으며 점액낭의 후면과 표면으로 다소의 염증이 과급된 소견이외의 특이사항은 없었다(Fig. 2-3).

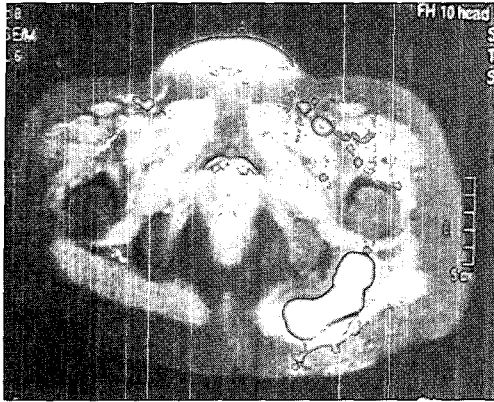


Fig. 2. MRI of Pevis. The axial view, PDW performed at 2003-10-25

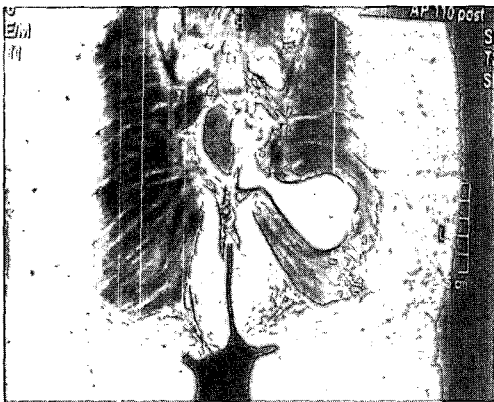


Fig. 3. MRI of Pevis. The coronal view, T2W performed at 2003-10-25

4) 초음파소견

2003년 10월 22일 촬영한 초음파 영상(SA-4800HD, MEDISON. 한국)에서 좌측 둔부에 2×7.1cm의 hypoechoic area가 보인다(Fig. 4).

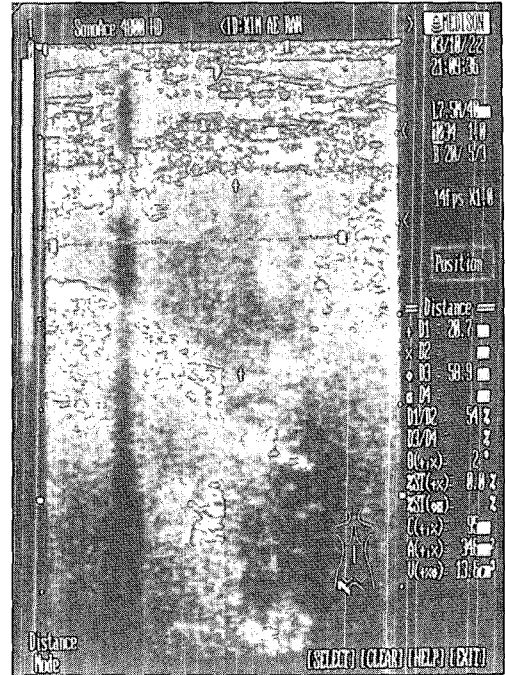


Fig. 4. sonography of Lt isthial bursa

8. 治療

상기 환자에 대해 봉약침요법과 병행하여 침구치료, 흡인술, 약물치료를 실시하였다.

① 봉약침요법

蜂毒은 마이크로침을 이용한 電磁波 發生裝置로 벌을 刺戟하여 採集, 加工한 건조 蜂毒을 精選하여 Clean bench 속에서 生理食鹽水에 3000:1로 稀釋하고 10cc 유리병에 滅菌, 密封한 다음 10월 18일부터 11월 30일까지 격일로 총 12회에 걸쳐 1.0ml 1회용 주사기(주사침 22gauge, 한국백신, 의료사업부, 한국)를 사용하여 2cm~2.5cm의 깊이로 좌둔 점액낭 안에 자입후 소량 흡입하여 점액낭 내에 주사바늘이 위치한 것을 확인후 0.8cc의 용량을 시술하였다(Fig. 5).

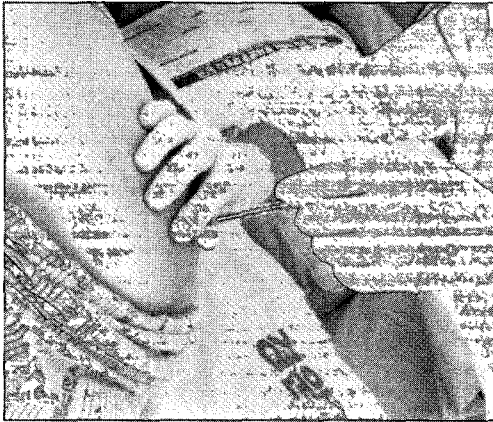


Fig. 5. Bee-Venom Injection of Isthial Bursa

② 針灸治療

침치료는 증상에 따라 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 夾脊, 環跳, 三里, 委中, 臨泣 등 足少陽膽經과 足太陽膀胱經의 經穴을 위주로 取穴하였으며 둔부의 점액낭 주위에 아시혈요법 중의 하나인 揚刺法을 시술하였다¹³⁾. 經穴에 0.25×40mm의 1회용 毫針(TONGKI CORPORATION, KOREA), 0.30×30mm, 0.30×50mm의 1회용 毫針(동방침구제작소, 한국)을 사용하고 刺鍼 심도는 經穴에 따라 8~20mm, 둔부의 혈위에는 40~50mm로 직자법 또는 捻轉補瀉法 등을 위주로 선택하였다. 침 치료는 20분씩 留鍼하여 1일 1회 실시하였다.

구치료는 간접구(동방침구제작소, 한국)를 사용하여 11월 1일 이후 둔부의 점액낭을 촉지한 후 경결된 부위를 중심으로 1회당 4~5개의 뜬을 2장씩 시술하였으며 일주일에 3회 실시하였다.

③ 흡인술

10월 18일 좌둔부 점액낭에 10ml 1회용 주사기(주사침 18gage, 한국백신, 의료사업부, 한국)를 이용하여 다소의 부유물을 동반한 황토색의 점액을 18cc를 배액하였다(Fig. 6). 이후 일주일에 1회씩 총

4회의 흡인술을 시행하였으며 매회 2~3cc의 동일한 성상의 점액을 배액하였다.

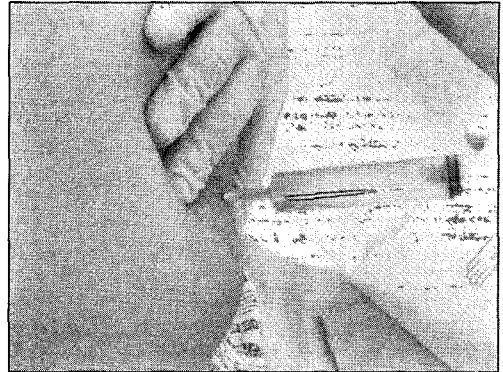


Fig. 6. aspiration of ischial bursa

④ 藥物治療

活血行氣, 化痰消腫, 止痛排膿 등의 효과가 있어 一切癰疽를 主治하는 仙方活命飲加減方(大黃8g, 金銀花 12g, 當歸尾, 皂角刺, 陳皮 6g, 乳香, 貝母, 天花粉, 白芷, 赤芍藥, 甘草 4g, 防風 3g, 沒藥 2g, 穿山甲 4g)을 응용하였다. 處方은 1첩 1회, 1일 3회, 水煎 食後服하였다.

양약은 10월 18일 흡인술을 시행한 다음 감염을 예방하기 위해 Neocef Cap(진양제약, 한국) 250mg 1캡셀을 1일 3회 3일간 투여하였으며 체온상승 및 임상병리 검사상 염증소견이 나타나지 않아 11월 1일 이후에는 양약을 복용하지 않았다.

9. 治療經過

① 1기 : 10월 4일(입원일) ~ 10월 17일

入院時 轉側, 坐位, 步行不利하며 동작시 심한腰痛과 太陽少陽經上으로 足 4·5趾까지 左下肢放散痛이 發하였으며, 안정시 腰臀部의 ‘육신거리는 통

증'을 호소하였다. 10월 6일부터 轉側, 坐位, 步行可
能하나 安定, 動作時 痛症은 지속되었다. 10월 8일경
부터는 동작시의 腰痛도 감소되어 계단보행이 가능
한 상태로 호전되었으나 보행시 太陽經上으로 大
腿後面部까지 左下肢放散痛은 지속되었다.

② 2기 : 10월 18일 ~ 10월 30일

10월 17일 체온은 36.5℃였으나 환자는 惡寒과 全
身發熱感을 호소하였으며 좌측 둔부에 위치한 좌둔
점액낭의 크기가 점차 증가하는 느낌과 좌위시 점
액낭로 인한 압통을 호소하였으며, 촉진시 경결감과
크기 증가를 알 수 있었다. 10월 18일 좌둔 점액낭
의 흡인술과 함께, 천자부위 봉약침을 시술하였으며,
이후 좌하지 방산통의 확연한 감소를 보였다. 이후
10월 22일, 25일 두 차례의 흡인술(22일 4cc, 25일 2
cc)을 더 시행하였으며, 흡인술 후 환자는 좌둔부
점액낭으로 인한 압통과 대퇴후면의 좌하지 방산통
은 감소하였으나 坐位不利는 지속되었다.

③ 3기 : 11월 3일 ~ 11월 30일(퇴원일)

11월 3일에는 체온상승은 동반되지 않았으나 점
액낭부위의 국소발열감을 호소하였으며 경결된 점
액낭이 촉진되었다. 대퇴후면의 좌측 하지방산통은
보행시 다소 당기는 느낌과 기립시 방산되는 통증
을 호소하였다. 11월 15일 점액낭부위의 국소발열감
은 소실되었으며 촉진시 점액낭자체의 크기 변화는
없었으며 경결된 느낌은 다소 소실되었다. 11월 21
일부터는 국소발열감 및 점액낭의 경결이 소실되었
고, 30분이상 보행시에도 대퇴후면의 좌측 하지방산
통이 발하지 않는 상태로 호전되었다.

④ 통증의 변화

주관적인 痛症의 정도를 객관화하고 계량화하기
위한 방법으로 시각적 상사척도(Visual Analog Scale,
VAS)⁵⁾를 이용하였다. 처음 來院 時의 痛症 정도를
10으로 기준하여 1주일마다 측정하였다(Fig. 7).

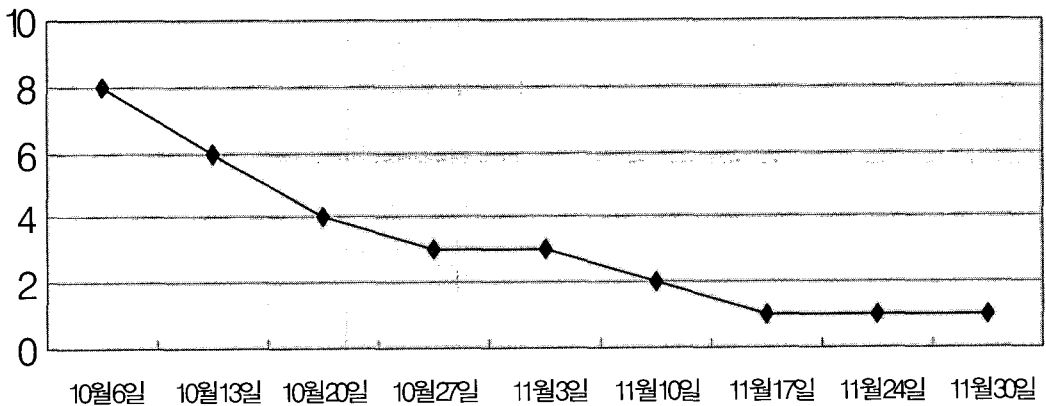


Fig. 7. The change of VAS after treatment

III. 고찰

점액낭은 모든 관절 주위에 존재하며, 특히 뼈가 돌출되어, 주위의 연부조직이나 피부와 마찰되는 경우에 잘 발달되어 있다. 점액낭은 마찰을 감소시켜서 기능을 원활히 하거나 또는 섬세한 조직을 보호하기 위해서 소량의 점액을 함유하는 주머니로 존재하며 자체가 활액막과 유사한 막으로 둘러싸여 있기 때문에 활액 관절에 생길 수 있는 염증성 질환 즉 류마티드 관절염, 통풍, 감염 등이 모두 발생할 수 있는데 이중 외상성 염증이 가장 흔하다¹⁾.

고관절 주위에는 18여개의 점액낭이 존재하며 그 중에서 임상적으로 의미 있는 것은 전자점액낭(trochanteric bursa), 요장점액낭(iliopsoas bursa), 좌둔점액낭(ischial bursa) 등이다. 좌둔 점액낭(ischial bursa)은 좌골 조면과 대둔 사이에 위치하고 있으며, 특히 앉은 자세에서는 대둔근이 측면으로 밀려남으로 좌골 조면과 피부사이에는 이 점액낭만이 남게 되어 쉽게 반복되는 자극이나 외상에 노출되게 된다. 따라서 만성적인 염증이 장기간 있어서 일하는 직업에서 자주 발생하며 재단사(Tailor), 혹은 직공 둔부(Weaver's bottom)라고도 불린다. 주된 통증은 좌골 조면 근처에 제한되기도 하나 좌골신경과 후대퇴피신경에 가깝기 때문에 대퇴 후면으로의 방사통이 있을 수 있으며 보행시 슬와부 근육군이 신연되는 것을 피하기 위해 보폭이 짧아지는 경향이 있다. 이러한 경우 척수 종양이나 전자부 점액낭염, 급성 혈전 정맥염 등과 감별해야 한다^{1-2,6)}.

좌둔점액낭은 이학적 검사상 좌골 조면 위에 압통이 있고, 하지직거상 등 고관절 굴곡시 동통이 증가하는 것을 관찰할 수 있다. 또한 다른 병변을 배제하기 위하여 직장검사와 patrick 검사를 반드시 실시해야하며, 추간판 탈출증과도 감별해야 한다.

좌골 점액낭염의 방사선학적 검사중 단순 방사선 촬영은 매우 오래된 경우에는 주위 골조직의 외연이 불규칙해 보이거나 점액낭 속 혹은 주위에 석회화가 나타나기도 하지만 대부분 음성이며 컴퓨터 단층 촬영(CT)은 골조직과의 관계는 명확히 알 수 있으나 종물의 성격을 알 수 없는 단점이 있고, 초음파 검사도 유용하게 사용되기도 하지만 골 및 주위의 연부 조직과의 관계는 명확히 알 수 없는 단점이 있다. 일단 이학적 검사상 좌골 조면의 바로 아래 종물이 만져지면서 통증 및 압통을 호소할 경우 일단 좌둔 점액낭염을 의심해야 하며 이에 따라 자기공명 영상 촬영(MRI)을 염두에 두어야 한다. MRI에서 두터운 막 등과 내부 조영 변화가 있을 시에는 만성 활액막염이나 섬유화에 의한 것으로 만성화를 의심하여야 하며 종양과 감별을 요한다^{1-2,7)}.

좌둔 점액낭의 치료에 대해 Butcher³⁾ 등은 휴식(relative rest), 냉기(ice), 압박(compression), 거상(elevation), 소염제사용(anti-inflammatory medication)과 재활프로그램과 결합한 초음파나 전기적 자극이 좋은 효과를 가져온다고 보고하였고, 좌둔 점액낭염에서는 직접적인 압박을 피할 수 있도록 생활습관이나 직업 변경, 또한 의자에 두툼한 방석을 제공하는 것이 예방에 필수적이라고 하였다. 필요한 경우에는 흡인술후 스테로이드를 국소 주사할 수도 있다. Steven⁸⁾은 멸균하에 bupivacaine과 prednisolone을 좌골 점액낭내에 국소 주사하는 기법을 소개하였는데 시술시에는 좌골신경, 후대퇴피신경 및 주위 조직이 손상되지 않도록 주의하며 물리치료는 며칠 후에 시행하도록 하고 진통소염제 및 근이완제를 같이 병행할 수 있다고 하였다.

대부분의 경우에는 이러한 보존적 치료에 잘 반응을 하지만 경우에 따라서는 보존적 치료의 실패로 수술적 제거가 요구되기도 한다. 일반적으로 화농성 감염일 경우, 커다란 석회 침착이 있는 경우,

심한 동통으로 의자에 앉는 등 일상생활에 큰 불편을 보이는데 보존적 치료로 호전이 없는 경우, 악성화 경향이나 감별 진단 목적으로 수술적 적출의 대상이 될 수 있다. 화농성 염증의 경우는 절개 배농하고 항생제 투여를 한다¹⁻²⁾.

한의학적으로 좌둔 점액낭염은 癰疽와 매우 유사한 임상 양상을 나타내며, 병변 부위에 따른 관점에서는 臀部에서 足太陽膀胱經이 유주하는 부위에 발생하는 臀癰에 속한다고 볼 수 있다⁴⁾. 癰疽는 肌肉, 骨髓, 臟腑部位에서 국소적으로 發熱, 發赤, 堅硬, 腫痛, 患部の 陷凹突起 및 化膿 등의 양상을 나타내는 증상의 총괄적인 개념으로 쓰이며 서양의학적으로 병원성 미생물의 감염으로 모세혈관의 확장과 혈액 및 체액의 저장으로 發熱, 浮腫, 疼痛, 機能失調 등의 증상을 수반하는 염증성 질환과 肌肉의 이상증식으로 인한 腫瘍性 疾患의 범주에 해당된다⁹⁾. 《黃帝內經靈樞·癰疽》 등에서는 火熱이 그치지 않고 熱勝하고 肉腐하면 癰疽가 형성되는데 骨髓에 침범되지 않고 五臟에 손상이 없는 것을 癰이라 하고, 熱氣가 旺盛하여 肌肉과 骨髓가 말라서 五臟과 연락되어 血氣枯渴로 癰疽下面에 正常筋骨과 肌肉이 없는 것을 疽라 한다고 하였다. 또한 疽의 上面은 皮夭로 딱딱한 것이 牛領皮와 같고 疽는 皮上이 넓고 윤택하다고 하였다⁹⁾. 癰疽의 원인은 주로 三因으로 나뉘는데 內因으로는 喜怒憂思 등의 七情, 外因으로는 外感六淫의 邪氣, 運氣, 天行 등이고 不內外因으로는 膏粱珍味の 過食, 鹹味와 炙博한 음식의 과다섭취, 房事過度, 酒麵의 過食, 너무 두터운 의복 등이 있다¹⁰⁾. 治法으로는 臟器機能이나 氣血 및 熱毒이 凝滯된 것을 疏通시키는 것으로 清熱, 解毒, 活氣, 活血에 중점을 두는 內消法과 氣血이 모두 虛했을 때 元氣를 도와 潰瘍, 化膿, 收斂을 도모하는 內託法을 들 수 있다⁴⁾.

본 증례의 환자는 2001년 12월 대학부속병원에서 화농성 좌둔 점액낭을 진단받고 입원하여 배농 절

개를 실시한 적이 있으며 당시 환자는 보존적인 치료를 적용한 후 재발시에는 외과적인 적출술이 필요하나 항문주위로 일부 점액낭이 파급되어 수술을 위해서는 전신 마취 및 일부 둔근의 적출과 함께 보행을 위한 재활치료가 필요하다는 진단을 받았다. 이후 환자는 요둔통 및 좌측 하지방산통을 주소로 경원대학교 부속 한방병원에 내원하여 2003년 10월 4일부터 입원치료를 받았으며 2003년 10월 20일 동대학부속병원 외래에서 재차 진료를 받은 결과 좌둔 점액낭의 수술적 제거가 필요하다는 진단을 받고 수술을 거부한 후에 11월 30일까지 56일간 본원에서 지속적인 입원치료를 받았다.

환자는 10월 18일 흡인후 채취한 삼출물을 48시간 배양한 결과 No growth of microorganism의 소견을 보이며 혈액학적인 검사상 염증 소견이 나타나지 않고 체온상승도 없기 때문에 만성 좌둔 점액낭염으로 진단하였다. 환자는 건축에 관련된 일에 종사하며 주로 오토바이나 자동차로 이동을 많이 한다고 하며 이로 인해 화농성 좌둔 점액낭을 절개 배농술로 치료한 후에도 점액낭이 지속적으로 자극을 받아 만성 좌둔 점액낭으로 변화된 것으로 보인다.

상기환자에 대해 봉약침요법과 병행하여 침구치료, 약물요법을 실시하였는데 봉약침 요법을 시술시 만성 점액낭이 두꺼운 근육층으로 이루어진 둔근아래에 위치하고 있기 때문에 심부의 점액낭까지 봉약침의 약리효과를 극대화시키기 위해서는 피하시술보다는 점액낭내 봉독 주입이 유효하다고 판단하였다¹¹⁾. 3cm정도의 주사바늘을 이용하여 자입후 일정 깊이에 도달하면 점액을 소량 흡인하여 낭내에 바늘이 삽입된 것을 확인한 후 봉독을 주입하였다. 봉약침의 약리작용은 면역계를 활성화시키고, 항염증, 세포용해, 신경독 효과, 항세균 및 항진균, 방사선 보호작용이 있는 것으로 알려졌으며¹⁵⁾ 봉약침의 자극은 經穴에 대한 물리화학적 자극을 통한 신체陰陽氣血을 조절하고 일련의 전신적·국소적 생화

학적·생리적 반응을 촉발하며, 가벼운 熱感, 搔痒症, 發赤反應을 유발시켜 뜸과 유사한 작용을 하며, 국소적 혈관투과성이 향진되고 혈액순환이 촉진되며 또한 용혈작용이 있어 피를 맑게 해주는 부항의 효과를 겸하여 나타나게 한다. 이와 같이 봉약침요법은 經絡學說의 원리에 의하여 질병에 유관한 穴位, 壓通點 혹은 體表의 促進으로 얻어진 양성 반응점에 봉독을 주입한다¹⁶⁾.

침치료는 증상에 따라 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 夾脊, 環跳, 三里, 委中, 臨泣 등 足少陽膽經과 足太陽膀胱經의 經穴을 위주로 取穴하였으며, 또한 아시혈요법중의 하나로 皮下結節, 혹은 腫塊를 치료하는데 응용하는 揚刺法을 시술하였다. 揚刺法은 正中에 直刺한 1개의 鍼 주위에 중심을 향하여 4개의 鍼을 橫鍼透刺하는 刺法이다¹⁶⁾.

환자의 둔부에 종창이 경결되었을 때는 국소에 간접구를 시술하였는데 癰疽에서 灸法은 《黃帝內經靈樞·經脈》에서의 “陷下則灸之”을 근거로 下陷된 陽氣를 溫補擧提 溫養散寒하여 虛寒證을 치료하거나 氣血凝滯, 毒氣內鬱을 疏散拔引外出하여 實熱證을 치료하는 두가지 의미로 응용되었는데 陽證이나 人體陽極之處, 虛가 極甚한 경우와 灸時 正氣나 人體 조직이 손상되기 쉬운 부위에는 禁하거나 慎用하였다¹²⁻¹³⁾.

약물요법으로는 염증반응이 미약한 만성 점액낭을 內消시키기 위해서 仙方活命飲을 이용하였다. 이 처방은 陳自明이 지은 《婦人良方大全》에서 처음 기재되었으며 經絡의 鬱結을 통하고 血滯를 順行시키고 豁痰, 理氣, 解毒하는 藥을 佐하였다. 穿山甲은 攻堅하고, 皂角은 達毒所하고, 白芷, 防風, 陳皮로 通經理氣해서 그 鬱滯된 것을 疏通케하고 乳香으로 定痛和血하고 赤芍藥, 當歸尾로 熱血을 驅逐해서 破結하고, 貝母, 天花粉, 金銀花, 甘草는 豁痰解鬱하는 한편 散毒和血하여 潰堅止痛의 효과가 있다¹⁴⁾.

이상과 같이 봉약침요법, 침구치료, 약물요법을

실시한 결과 11월 30일 재차 촬영한 MRI 영상과 10월 20일에 촬영한 MRI의 영상을 비교해 보았을 때 점액낭의 크기 변화는 관찰되지 않았으나 좌위나 보행시 장애가 거의 없어졌으며 臀部腫脹, 壓痛 및 左側 下肢放散痛 등이 소실되었다. 향후 좀 더 많은 증례에서 한방적 보존치료 후 증상개선 및 점액낭의 형태적 변화에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

IV. 결 론

52세 여자 환자로 요둔통 및 좌측 하지방산통을 주소로 경원대학교 부속 서울 한방병원에 내원하여 초음파 및 MRI, 임상병리검사상 만성 좌둔 점액낭염으로 진단 받고 입원치료를 통하여 봉약침요법, 침구치료, 약물치료 등의 한방적 보존치료를 시행한 후 임상증상의 개선과 통증을 측정하는 객관적인 지표인 VAS상의 감소라는 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울:최신의학사 1999:202-3, 475-6
2. 윤택림, 이근배, 박철홍. 좌둔점액낭염의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1999;34(4):715-8
3. Butcher JD, Salzman KL, Lillegard WA. Lower extremity bursitis. Am Fam Physician. 1996;54(2):468
4. 채병윤. 한방외과. 서울:고문사 1971:52-7, 200
5. 이현중, 남상수, 이윤호. 요통의 통증과 기능장애 평가에 관한 고찰. 대한침구학회지. 2002;19(2):137~148

6. Josef Zacher, Angelika Gursche. Hip Pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2003;17(1);71-85
7. kisue T외 7인. Ischiogluteal bursitis: multi-modality imaging findings. Clinical orthopedics. 2003;(406):214-7
8. Steven D. Waldman. 흔한 통증증후별 주사요법. 서울:법문사 2003:207-9
9. 고우신, 최해훈, 임규상. 《靈樞, 癰疽》중 癰疽의 기전에 대한 고찰. 대한외관과학회지. 1993;6(1): 9-98
10. 노현찬, 노석선. 癰疽에 대한 문헌적 고찰. 대한외관과학회지 2000;13(2):20-50
11. J H Cyriax, P J Cyriax. 정형의학. 서울:영문출판사 1998;82-4
12. 임윤경외 7인. 癰疽灸法에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지 1996;13(2):160-76
13. 침구경혈학교실. 針灸學(下). 서울:집문당 1994: 331-2, 1105
14. 채병윤. 癰疽에 응용되는 仙方活命飲의 消炎 鎮痛 下熱作用에 관한 연구. 경희한의대논문집. 1980;3:67-90
15. 이홍석, 이재동, 고흥균. 최근 10년간 국내의 봉독관련연구에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2002; 9(1):127-34
16. 고흥균, 권기록, 인창식. 봉독약침요법. 서울;경희대학교 출판국. 2003:133, 214-5